

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Ihr Ansprechpartner:  
Telefon:  
Fax:  
E-Mail:

Datum:

**Bericht OAV**                      **– BG ETEM –**  
**– Behandlungsverlauf**

**1 Angaben zur versicherten Person**

1.1 Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**2 Angaben zur beruflichen Beschäftigung**                       Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

2.1 Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

2.2 Seit wann ausgeübt: \_\_\_\_\_

2.3 Übt die versicherte Person eine Nebentätigkeit aus?     Nein     Ja, welche?

**3 Angaben zu Atemwegsbelastungen und Schutzmaßnahmen**                       Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht

3.1 Einwirkungen/Belastungen (nach Möglichkeit konkret benennen):  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen:  
\_\_\_\_\_

3.2 Persönliche Schutzausrüstung:                       Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht  
Folgende persönliche Schutzausrüstung wird genutzt:  
\_\_\_\_\_

3.3 Betriebliche Schutzmaßnahmen:                       Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht  
Folgende Schutzmaßnahmen wurden vom Betrieb ergriffen:  
\_\_\_\_\_

3.4 Ist der Versicherte Raucher?                       Keine Veränderungen gegenüber dem Vorbericht  
 Nein                       Ja

3.5 Bestehen **außerberuflich** nennenswerte Hautbelastungen (Haushalt, Hobbies, Gartenarbeit, usw.)?  
 Nein                       Ja, welche?

...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

**4 Angaben zur Erkrankung  
– Verlauf seit letzter Berichterstattung**

4.1 Behandlungstage

4.2 Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen der Atemwegsbeschwerden  
 Nein  Ja, von \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich)

4.3 Gesundheitszustand  
 Unverändert  
 Besserung, seit \_\_\_\_\_  
 Verschlechterung, seit \_\_\_\_\_

**5 Atemwegsbefund**

5.1 Beurteilungsgrundlage:

- Während der Berufstätigkeit  Während arbeitsfreier Zeit (Arbeitsunfähigkeit/Urlaub)  
 Unter Nutzung atemwegswirksamer Medikamente (Wenn ja, welche?)

5.2 Aktueller Befund – **bitte detaillierte Angaben** – inkl. ggf. aktuelle Funktionstestungen (bitte beifügen):  
– Datum der Untersuchung:  
– Befunde:

**6 Diagnosen**

**7 Beurteilung**

Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Atemwegserkrankung:

- Nein  Ja, folgende – bitte begründen –:  
 Besserung im Urlaub  
 Besserung in arbeitsfreier Zeit (z. B. andere Erkrankungen, Kurzarbeit)  
 Sonstige:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## 8 Therapie und Präventionsempfehlungen

### 8.1 Therapie:

- Wiedervorstellung veranlasst am  
 Behandlung zu Lasten des UVT  durch mich  durch

### 8.2 Präventionsempfehlungen:

- Optimierung des Atemschutzes (bitte Ausführen, welche Optimierung)
- Beratung der versicherten Person durch einen Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin des UVT
- Lungensport
- Stationäre Heilbehandlung zu Lasten des UVT
- Empfehlung zu Maßnahmen am Arbeitsplatz (Welche?)
- Sonstige Maßnahmen (z. B. im privaten Bereich)

## 9 Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

- Tätigkeit kann voraussichtlich weiter ausgeübt werden.
- Tätigkeitsaufgabe droht, weil:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:

**Datenschutz:**

Über den Zweck des Berichts OAV und dessen Verwendung habe ich informiert.

**Rechnung**

Pauschbetrag	EUR
Abrechnung vorheriger Konsultationen nach Ziffer 1	EUR
Porto	EUR
zusammen	EUR

Rechnungsnummer	<b>Institutionskennzeichen (IK)</b>
	<b>Falls kein IK – Bankverbindung (IBAN) –</b>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Anschrift/Stempel des Arztes/der Ärztin

Sie erhalten eine Gebühr (Nr.131) und Auslagen nach der UV-GOÄ. Darin enthalten ist die Untersuchung nach Nr. 1 bzw. Nr. 6 UV-GOÄ.

**Verteiler**

Unfallversicherungsträger  
Behandelnder Arzt/Behandelnde Ärztin